

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
MANGUITO ROTADOR**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: \_\_/\_\_/\_\_

<b>Nombre del Paciente</b>	
<b>R.U.T del Paciente</b>	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

**INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN**

**Mediante este procedimiento** se pretende evitar principalmente el dolor de hombro, secundariamente recuperar la movilidad del hombro, y en la mejor de las situaciones recuperar la fuerza del hombro.

**La Cirugía del Manguito Rotador** es una cirugía electiva que persigue la reparación de uno o más tendones del manguito rotador, o corrección de los factores dentro del hombro que puedan dañarlo.

Esta cirugía se puede hacer de dos maneras: por cirugía abierta o tradicional y la otra por artroscopia. La elección de una u otra técnica tiene que ver con el tamaño de la lesión, las patologías agregadas y la experiencia que tenga el cirujano en cada una.

1. Técnica abierta: Se hace una incisión en el hombro afectado en la parte superior, después se llega al espacio subacromial donde está el(los) tendón(es), se lima el hueso que está formando un osteófito (prominencia ósea) para que no lesione al tendón, luego dependiendo de la rotura se colocan puntos y si es necesario también un implante metálico que se llama "ancla" para fijar la reparación al hueso.
2. Técnica artroscópica: Se hace lo mismo que en la cirugía abierta, pero con instrumental especial y desechable que permite limar el osteofito, sacar el tejido dañado, coagular los vasos sangrantes, suturar el(los) tendón(es) y colocar también si es necesario un ancla.

A través de esta cirugía se pretende reparar el(los) tendón(es) para evitar que la función del hombro se altere al punto de generar un desgaste de la articulación y daño irreversible del(los) tendón(es).

Así se espera lograr alivio del dolor y mejoría de la función del hombro. Es claramente mejor prevenir la progresión del daño del(los) tendón(es) para no llegar, por el desgaste de la articulación, a una prótesis de hombro, que es más cara y que tiene en estos casos un menor rendimiento en la respuesta funcional.

El tipo de anestesia requerida, salvo los procedimientos que se efectúan solo con anestesia local, será la indicada por el anesthesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

En condiciones normales, es probable que durante el período postoperatorio el paciente presente dolor dado por todo lo que se manipulan las partes blandas y huesos del hombro durante la operación, sensación de hombro "hinchado" y aumento de volumen del hombro por el sangrado o por el líquido usado en la cirugía artroscópica.

Siendo poco frecuente, puede ocurrir que se presente dolor irradiado a brazo y codo y hematoma del hombro y cara anterior de tórax, entre otras.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

- Persistencia del dolor, en menor porcentaje al preoperatorio.
- Rigidez parcial hombro residual, siempre menor a la preoperatorio.
- Hombro Congelado secundario a cirugía.
- Re-rotura del mango rotador que puede llegar hasta el 50% en los casos de rotura masiva previa
- Infiltración de los tejidos con suero de irrigación que produce hinchazón alrededor del hombro.
- Hematoma o hemorragia por afectación de un gran vaso, que puede presentarse durante o después de la operación.
- Infección superficial profunda
- Fistula Sinovial
- Lesión o afectación de un tronco nervioso con la consiguiente parálisis o trastorno sensitivo.
- Flebitis o tromboflebitis que puede dar lugar, en el peor de los casos, a embolismo pulmonar.
- Aflojamiento y reacciones adversas al anclaje óseo utilizado.
- Cicatriz queloidea o engrosada, que habitualmente se exacerba con la rehabilitación prolongada.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) o rehabilitación, pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

La mejor opción es el tratamiento Abierto de la Tendinopatía-desgarro manguito rotador, las alternativas terapéuticas son:

- Cirugía Artroscópica a través de mini incisiones y visión por endoscopia.
- Rehabilitación como tratamiento conservador.

**En su caso particular el lado a intervenir es el siguiente (marque con una X):**

**Hombro Lado derecho**

**Hombro Lado Izquierdo**

**CONDICIONES PARTICULARES**

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

**(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)**

**YO** \_\_\_\_\_ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre la **Cirugía de Manguito Rotador** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

**DECLARO** no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

**DECLARO** comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

**Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA DE MANGUITO ROTADOR,** por el Dr.(a) \_\_\_\_\_. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

**Completar por el Profesional**

Firma del Consentimiento:	<b>FECHA:</b> ____/____/____	<b>HORA:</b>
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

**Completar por el Paciente o Representante Legal**

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

**INFORMACIÓN ENTREGADA POR:** \_\_\_\_\_

(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)